

ANALISIS KESIAPAN DINAS KESEHATAN DALAM MENGALOKASIKAN ANGGARAN KESEHATAN PADA ERA DESENTRALISASI

ANALYSIS OF HEALTH OFFICE READINESS IN ALLOCATION HEALTH BUDGET IN THE DECENTRALISED ERA

Laode Ahmad Sukarna¹, Nanis Budiningsih², Sigit Riyarto³

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Muna, Provinsi Sulawesi Tenggara

² Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

³ Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu risiko desentralisasi, khususnya dari sudut pandang pembiayaan kesehatan terletak pada kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Oleh karena itu, sangat diperlukan kemampuan dari Dinas Kesehatan untuk dapat menetapkan prioritas program kesehatan, serta kemampuan advokasi kepada eksekutif dan legislatif untuk mendapatkan peningkatan alokasi dana yang sesuai kebutuhan. Usulan Anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Muna pada tahun 2001, yang dialokasikan dalam APBD sebesar 47% dari usulan anggaran atau 3% APBD. tahun 2003, Dinas Kesehatan Kabupaten Muna hanya memperoleh alokasi anggaran sebesar 50% dari usulan anggaran atau 2% dari total APBD. Mengingat besarnya kesenjangan antara usulan dan alokasi anggaran, maka perlu diketahui kemampuan Dinas Kesehatan Kabupaten Muna dalam mencukupi alokasi anggaran kesehatan di era desentralisasi.

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus dan menggunakan pendekatan kualitatif. Subjek dalam penelitian adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muna, Kepala Bappeda, DPRD Kabupaten Muna, Kasubdin, Kepala Seksi, dan Kepala Puskesmas.

Hasil: Sebagian responden menyatakan bahwa : tidak ada SDM di Dinas Kesehatan yang memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk menyusun anggaran, advokasi dan loby; tidak ada dana yang dialokasikan untuk kegiatan perencanaan dan loby; tidak ada sumber data yang berkualitas dan sarana komputer khusus untuk perencanaan; tidak ada struktur dan kelembagaan yang mengakomodasi kegiatan pengalokasian anggaran; serta kesehatan bukan merupakan prioritas anggaran pembangunan di Kabupaten Muna.

Kesimpulan: Dinas kesehatan Kabupaten Muna tidak mampu mengalokasikan anggaran sesuai kebutuhannya, karena : SDM perencanaan belum memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk mengalokasikan anggaran; dana untuk kegiatan penyusunan anggaran, advokasi dan loby tidak mencukupi; sumber data yang berkualitas dan sarana pendukung kegiatan penyusunan anggaran; tidak ada struktur dan kelembagaan yang dapat mengakomodasi kegiatan pengalokasian anggaran; serta tidak adanya komitmen politik pemda terhadap peningkatan anggaran kesehatan.

Kata kunci: kesiapan dinas kesehatan, anggaran kesehatan, sistem desentralisasi kesehatan

ABSTRACT

Background: One of risks in implementing decentralized system, especially from the aspect of health financing, is the possibility that local government put low priority on health sector. In 2001, the Health Office of Muna District, South East Sulawesi, only received 47% of the proposed health budget or 3% of total local budget. In 2003, they received only 50% of proposed fund or 2% of local budget. A study should be conducted to investigate factors that contribute this condition. There was a question whether this was because the health office was not ready to implement decentralization policy.

Objectives: To investigate the reason why the health office failed to get the amount of budget proposed and to assess the readiness of health office in the decentralized health system.

Methods: This is qualitative case study. Subject of the study were Head of Health Office, Head of Local Planning Council, members of Local Parliament, Head of Sub Office, Section Heads and Heads of Community Center at Muna District.

Results: There were several reasons that contribute the failure of health office to get the necessary budget allocation, which are: health office did not have capable staff in making budget proposal, conducting advocacy and lobbying (informal approach to local authority); there was no fund for planning activities and lobbying; there was lack of quality data and no computer specially provided for planning; there was no organizational structure and institution which accommodated fund allocation activities; and health issues were not priorities in Muna District because the political commitment was low.

Conclusion: The readiness of Health Office in Muna District was low in allocating health budget in decentralized era because there was lack of capacity in human resource, infrastructure and political commitment. The study recommends that human resources capacity should be increased by specialized training in health financing, the infrastructure should be provided and political commitment among relevant stakeholder should be built.

Keywords: readiness of health office, health budget, decentralised health system

PENGANTAR

Dalam pembangunan nasional, perkembangan kesehatan sangat berpengaruh dan dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi. Berkaitan dengan hal tersebut, besarnya alokasi dana merupakan salah satu unsur strategis dalam pembangunan kesehatan. Tersedianya alokasi dana yang memadai dan pemanfaatan yang efisien, serta pemerataan akan mendukung suksesnya pembangunan kesehatan.¹

Ada dua kemungkinan yang menyebabkan rendahnya biaya kesehatan di Indonesia yaitu keuangan negara yang memang minim untuk membiayai pelayanan kesehatan dan kesehatan tidak termasuk dalam prioritas pembangunan. Untuk itu, kebijakan yang pernah disepakati oleh para Bupati dan Walikota dalam era desentralisasi adalah alokasi dana APBD sebesar 15%, namun persentase anggaran kesehatan di banyak daerah hanya berkisar antara 2,5% - 4% dan maksimal 7%.^{2,3}

Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa besarnya pembiayaan kesehatan dalam era desentralisasi tergantung pada daerah. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan dinas kesehatan (dinkes) agar dapat menetapkan prioritas program kesehatan, serta memiliki kemampuan advokasi kepada pemerintah daerah dan lembaga legislatif dalam upaya mendapatkan *political commitment* peningkatan alokasi anggaran. Diperlukan juga kemampuan tenaga kesehatan untuk melakukan perencanaan program dan anggaran, implementasi, dan evaluasi program.⁴

Usulan anggaran Dinkes Kabupaten Muna pada tahun 2001 sebesar Rp11.822.000.000,00, sedangkan yang dialokasikan dalam APBD sebesar Rp5.518.340.000,00 (47% dari usulan anggaran) atau 3% APBD. Dinas Kimpraswil dan Dinas Diknas pada tahun 2001 memperoleh alokasi anggaran sebesar 16% dan 6% dari APBD. Alokasi anggaran untuk dinkes pada tahun 2003, usulan anggaran sebesar Rp8.523.000.000,00. Dinas kesehatan (dinkes) hanya memperoleh alokasi anggaran sebesar Rp4.213.500.000,00 (50% dari usulan anggaran) atau 2% dari total APBD. Dinas Kimpraswil memperoleh alokasi sebesar 31% dan Dinas Diknas memperoleh alokasi sebesar 10% dari APBD.⁵

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana kemampuan dinkes dalam mencukupi kebutuhan anggarannya pada era desentralisasi. Tujuannya untuk mengetahui bagaimana ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM), kecukupan dana yang dialokasikan untuk kegiatan pengalokasian anggaran, ketersediaan sumber data dan sarana pendukung kegiatan peng-

alokasian anggaran, ketersediaan struktur dan kelembagaan yang mengakomodasi kegiatan pengalokasian anggaran, serta komitmen politik Pemerintah Daerah (Pemda) dan legislatif terhadap kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian adalah kualitatif dengan rancangan studi kasus. Subjek penelitian sebanyak 18 orang. Wawancara mendalam sebanyak 6 orang yaitu Kepala Bappeda, Ketua Komisi E DPRD periode 1998 – 2004, anggota DPRD periode 2004 – 2009, Kepala Dinkes, dan 2 orang Kepala Puskesmas. Diskusi Kelompok Terarah (DKT) sebanyak 2 kelompok, yaitu kelompok Kasubdin sebanyak 6 orang dan kelompok Kepala Seksi sebanyak 6 orang. Lokasi penelitian meliputi Dinkes Kabupaten Muna, Bappeda, dan DPRD Kabupaten Muna. Alat penelitian menggunakan panduan wawancara mendalam dan DKT, serta observasi (*checklist*). Data yang diperoleh kemudian diolah dengan analisa data deskriptif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden dengan wawancara mendalam sebagian besar (67%) berumur > 40 tahun, sedangkan (33%) berumur = 40 tahun. Semua responden berjenis kelamin laki-laki. Tingkat pendidikan yaitu D3 (17%), dokter atau S1 (66%), dan S2 (17%). Lama kerja responden = 4 tahun (50%) dan > 4 tahun (50%). Karakteristik responden DKT, sebagian besar (67%) responden berumur > 40 tahun, sedangkan untuk umur = 40 tahun (33%). Jenis kelamin laki-laki (91%) dan perempuan (8%). Tingkat pendidikan yaitu D3 (33%) dan S1 (67%), dan lama kerja responden umumnya < 4 tahun (58%) dan = 4 tahun (42%).

Kebijakan pembangunan Pemda Kabupaten Muna lebih memprioritaskan pembangunan sarana dan prasarana fisik. Persentase anggaran untuk pembangunan sektor tersebut mengalami kenaikan dari tahun 2001 sampai dengan tahun 2003. (Tabel 1).

Alokasi APBD Kabupaten Muna pada tahun 2001 sebesar Rp185.464.448.515,00 dan dinkes memperoleh alokasi anggaran pembangunan sebesar 3% APBD. Dinas Kimpraswil pada tahun yang sama memperoleh alokasi anggaran sebesar 16% APBD dan Dinas Diknas sebesar 6% APBD. (Tabel 2).

Tabel 1. Persentase Anggaran Sektor-Sektor Pembangunan Terhadap APBD Kabupaten Muna Tahun 2001-2003 (dalam juta rupiah)

No	Sektor Pembangunan	Alokasi Anggaran					
		2001		2002		2003	
		Anggaran (Rp)	% terhadap APBD	Anggaran (Rp)	% terhadap APBD	Anggaran (Rp)	% terhadap APBD
1	Administrasi Umum	58,070	31,3	52,033	25	50,053	41
2	Kimpraswil	30,257	16	24,226	12	37,391	31
3	Peningkatan dan Pemeliharaan Jalan dan Jembatan	30,779	17	28,002	14	20,522	17
4	Pembangunan Stadion Tahap 1 dan 2	-	-	25,224	12	15,844	13
5	Pendidikan	10,821	6	9,675	5	12,197	10
6	Pembangunan Rumah Jabatan Bupati	-	-	-	-	6,092	5
7	Kesehatan	5,518	3	3,413	2	3,213	2
8	Kehutanan	4,755	2,6	2,999	1,9	3,008	1,9
9	Perhubungan	3,255	1,7	3,700	1,7	3,405	2
10	Perikanan	3,050	1,6	2,991	1,4	1,894	1,6
11	Pertanian	2,144	1,2	1,777	1,2	1,888	1,6
12	Ketenagakerjaan	1,200	0,6	1,344	0,6	1,797	1,5
13	Perindustrian dan Perdagangan	777	0,4	877	0,3	840	0,7
14	Pertambangan dan Energi	700	0,4	888	0,3	898	0,7
15	Lingkungan Hidup	315	0,2	300	0,1	378	0,3
16	Perkoperasian	305	0,2	280	0,1	340	0,2
17	Sosial	115	0,06	110	0,04	136	0,1
18	Kependudukan	79	0,04	75	0,03	88	0,07

Sumber : APBD Kabupaten Muna

Tabel 2. Persentase Anggaran Terhadap APBD Tiga Sektor Prioritas Pembangunan di Kabupaten Muna Pada Era Desentralisasi (dalam juta rupiah)

No	Tahun	APBD	Sektor Prioritas					
			Kesehatan		Kimpraswil		Diknas	
			Anggaran (Rp)	%	Anggaran (Rp)	%	Anggaran (Rp)	%
1	2001	185,465	5,518	3	30,257	16	10,821	6
2	2002	209,446	3,413	2	24,226	12	9,675	5
3	2003	121,570	4,213	2	37,391	31	12,197	10

Sumber : APBD Kabupaten Muna

Jumlah usulan anggaran yang diajukan dinkes pada tahun 2001 sebesar Rp11.822.000.000,00, tetapi anggaran yang terealisasi hanya 47%. Tahun 2002 dan 2003 realisasi anggaran sebesar 55% dan 50% dari usulan anggaran. (Tabel 3).

Rendahnya alokasi anggaran yang diperoleh Dinkes Kabupaten Muna dimungkinkan karena terdapat beberapa kegiatan yang diusulkan dalam anggaran tetapi tidak mendapat persetujuan dari eksekutif. Ada dua faktor yang memungkinkan terjadinya hal tersebut, yaitu: 1) rendahnya pengetahuan tim anggaran eksekutif tentang kesehatan, sehingga kebijakan eksekutif dalam mengalokasikan anggaran APBD tidak didasarkan pada kebutuhan dinkes, 2) ketidakmampuan SDM perencana dinkes dalam meyakinkan eksekutif tentang pentingnya pengalokasian anggaran untuk kegiatan tersebut, seperti yang diungkapkan dalam hasil wawancara berikut:

"... kualitas dan kuantitas tenaga kita sangat kurang sekali, tidak pernah ada orang yang secara khusus punya latar belakang pengetahuan masalah perencanaan, akibatnya kita selalu terhambat pada justifikasi usulan.." (R4)

Tabel 3. Usulan dan Realisasi Anggaran Kesehatan di Rinci Persubdin Dinas Kesehatan Kabupaten Muna Tahun 2001-2003

No	Subdin	Usulan dan Realisasi Anggaran (dalam juta rupiah)					
		2001		2002		2003	
		Usulan (Rp)	Realisasi (Rp)	Usulan (Rp)	Realisasi (Rp)	Usulan (Rp)	Realisasi (Rp)
1	Bina Program	510	232	199	100	186	45
2	P2M	1,556	400	656	114	600	256
3	Promkes	598	290	671	72	450	63
4	Farmakmin	2,888	2,465	2,577	1,500	2,702	2,136
5	Upaya Kesehatan	2,266	1,635	3,869	1,329	3,585	1,711
6	TU	298	200	567	300	-	-

Sumber : Data Sekunder

Hasil *cross-check* data ketenagaan menunjukkan bahwa jumlah tenaga di Dinkes Kabupaten Muna pada tahun 2004 sebanyak 76 orang, yang terdiri dari 14 orang (S1), 35 orang (D3), 25 orang (D1 atau D2), dan 22 orang tenaga (SMA atau sederajat), serta belum ada tenaga S2 atau S1 administrasi atau perencanaan dan ekonomi kesehatan, dan S1 atau D3 informasi kesehatan. Analisis yang dilakukan di beberapa kabupaten dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan menunjukkan bahwa dinkes memerlukan tenaga profesional diantaranya adalah ahli administrasi atau perencanaan dan ekonomi kesehatan dan informasi kesehatan.⁴

Data hasil *check list* menunjukkan bahwa ketersediaan SDM yang memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk mengalokasikan anggaran di Dinkes Kabupaten Muna menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak ada tenaga di dinkes yang memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melakukan kegiatan penyusunan anggaran, advokasi, dan lobi.

Hal ini didukung oleh hasil wawancara mendalam dan DKT yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan dinkes tidak memiliki SDM dengan pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melakukan kegiatan penyusunan anggaran, advokasi, dan lobi. Hal ini cenderung mempengaruhi kemampuan dinkes dalam melakukan upaya-upaya pengalokasian anggaran. Berikut kutipan hasil wawancara dan DKT tentang hal tersebut:

"..... kalau lobi anggaran selama ini saya memakai pola hubungan pribadi saja. Tetapi cara ini saya kira kurang efektif karena tidak berpengaruh pada besarnya alokasi anggaran yang kita terima..." (R4)

" argumentasi yang kami berikan asal-asalan saja, karena kurangnya kemampuan kita, sehingga kalau anggaran tidak disetujui ya kita diam saja..." (R14)

Rendahnya kualitas SDM perencana dinkes berpengaruh terhadap kemampuan negosiasi dan argumentasi anggaran kepada Bappeda. Berikut kutipan hasil wawancara:

" ... kemampuan SDM perencana dinas kesehatan masih sangat kurang... Selain itu, kemampuan bernegosiasi serta berargumentasi mereka juga masih sangat kurang..." (R1)

Hasil *cross-check* data tenaga yang pernah mengikuti pendidikan, pelatihan, dan seminar tentang perencanaan menunjukkan bahwa hanya

dua orang tenaga yang pernah mengikuti pelatihan penyusunan anggaran. Tidak ada tenaga yang pernah mengikuti pelatihan advokasi dan lobi anggaran. Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Ahmad Sukarna⁵, terdapat hubungan positif antara peningkatan pengetahuan perencanaan dengan mutu perencanaan yang dibuat. Semakin tinggi peningkatan pengetahuan, semakin baik mutu rencana yang dibuat. Sumber Daya Manusia (SDM) adalah faktor sentral dalam suatu organisasi, untuk itu diperlukan manajemen dan perencanaan SDM dengan baik.⁷ Pada era desentralisasi dinkes membutuhkan kualitas dan kuantitas SDM tertentu.

Proses alokasi anggaran pemerintah daerah sangat penting, sehingga kepala dinkes harus dilatih dalam hal perencanaan dan pembuatan anggaran, serta dalam hal lobi dalam proses alokasi dana di pemerintah daerah.⁸ Kemampuan lobi anggaran kepala dinkes masih sangat kurang, sehingga belum berpengaruh terhadap peningkatan alokasi anggaran kesehatan, berikut kutipan wawancara tentang hal tersebut:

"..... kalau lobi anggaran selama ini saya memakai pola hubungan pribadi saja, Tetapi cara ini saya kira kurang efektif karena tidak berpengaruh pada besarnya alokasi anggaran yang kita terima..." (R4)

Hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa lobi anggaran yang dilakukan oleh responden selama ini bukan berdasarkan pengetahuan dan kemampuan, sehingga belum berpengaruh terhadap alokasi anggaran. Hal ini dapat dimungkinkan karena responden belum pernah mengikuti pendidikan atau pelatihan masalah perencanaan dan lobi anggaran. Lobi anggaran dengan cara seperti ini cenderung mengakibatkan pengalokasian anggaran hanya berdasarkan keinginan bukan kebutuhan dinkes.

Hasil wawancara dan DKT menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan masih rendahnya pengetahuan dan kemampuan SDM perencana dinkes dalam membuat perencanaan, sehingga ada kecenderungan perencanaan anggaran yang dibuat tidak berdasarkan kebutuhan riil puskesmas dan dinkes. Hal ini cenderung mempengaruhi kemampuan tim anggaran dinkes dalam menjawab pertanyaan yang diajukan oleh eksekutif, sehingga tim anggaran eksekutif banyak melakukan pemotongan terhadap usulan anggaran dinkes. Di lain pihak, legislatif berpendapat bahwa kesehatan merupakan hal yang sangat penting, sehingga tidak memperlakukan besarnya alokasi anggaran kesehatan. Besarnya alokasi anggaran yang diterima dinkes selama ini sudah sesuai

dengan usulan anggaran yang diterima dari Bappeda. Hal ini menunjukkan bahwa pemotongan anggaran kesehatan selama ini dilakukan oleh Bappeda Kabupaten Muna.

Hasil *chross-check* dokumen usulan anggaran (DUP dan RASK) dan dibandingkan dengan dokumen realisasi anggaran (DIP dan DASK) dalam APBD menunjukkan bahwa ada beberapa usulan anggaran dinkes yang tidak diakomodir dalam APBD. Dinas kesehatan (dinkes) harus mampu melakukan *health accounting* secara komprehensif untuk mengetahui berapa sebenarnya anggaran atau potensi biaya kesehatan yang ada di daerah.^{9,10} Nilai kebutuhan biaya tersebut harus diadvokasikan kepada Pemda dan DPRD agar alokasi anggaran kesehatan didasarkan pada kebutuhan riilnya.

Hasil wawancara dan DKT menunjukkan bahwa rendahnya alokasi anggaran yang diperoleh dinkes tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan dan kemampuan SDM, tetapi juga oleh adanya kecenderungan kebijakan pemerintah daerah yang lebih memprioritaskan pembangunan sarana dan prasarana fisik. Hal ini memungkinkan alokasi anggaran tidak didasarkan pada argumentasi dan negosiasi, tetapi berdasarkan tawar-menawar proyek dan besaran angka-angka yang tidak menguntungkan pembangunan kesehatan. Hasil *chross-check* data anggaran APBD Kabupaten Muna menunjukkan bahwa alokasi anggaran untuk pembangunan sarana dan prasarana fisik, baik di dinkes maupun di dinas-dinas lain masih sangat besar, jika dibandingkan dengan alokasi anggaran untuk kegiatan-kegiatan program promotif dan preventif di dinkes. Sektor kesehatan selama ini dipandang sebagai sektor konsumtif dengan indikator keberhasilan program yang sulit terukur, akibatnya dana cenderung lebih besar dialokasikan pada kegiatan fisik dan administrasi.⁸

Upaya-upaya yang dilakukan Dinkes Kabupaten Muna untuk meningkatkan alokasi anggaran pada era desentralisasi belum optimal. Hal ini disebabkan oleh karena kurangnya dana yang dialokasikan untuk kegiatan tersebut. Hasil wawancara dan DKT menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak ada dana khusus yang dialokasikan untuk kegiatan penyusunan anggaran dan lobi anggaran. Berikut kutipan hasil wawancara tentang hal tersebut:

"... kita pernah usulkan tetapi di coret di Bappeda dengan alasan itu kegiatan rutin, sedangkan untuk lobi kita belum memakal anggaran..." (R4)

Ketersediaan dana adalah jumlah dana yang dialokasikan untuk mendukung proses perencanaan

dan pengalokasian anggaran.^{9,10,11} Hasil *chross-check* data DIP dan DASK dinkes menunjukkan bahwa alokasi anggaran untuk kegiatan advokasi hanya diperoleh oleh Subdin Bina Program dan Subdin P2M pada tahun 2003 yang bersumber dari ADB, sedangkan dari APBD tidak pernah dialokasikan meskipun sudah sering diusulkan dalam anggaran. Alokasi dana untuk kegiatan penyusunan anggaran yang bersumber dari APBD hanya diperoleh Subdin Bina Program pada tahun 2003. Tidak ada dana yang dialokasikan untuk kegiatan lobi anggaran.

Ketersediaan data dan sarana adalah kualitas dan kuantitas sumber data dan sarana komputer yang dipergunakan untuk menunjang kegiatan penyusunan anggaran. Hasil *check list* menunjukkan bahwa dari 13 orang responden, 3 orang responden menyatakan bahwa ada sumber data, sedangkan 10 orang responden menyatakan tidak ada sumber data dan sarana. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak ada sumber data yang berkualitas dan sarana komputer khusus yang dipergunakan untuk kegiatan perencanaan.

Hal ini didukung oleh hasil wawancara Kepala Dinkes yang mengatakan bahwa walaupun perencanaan sudah menggunakan sumber data, tetapi kualitas data yang dipergunakan masih sangat kurang, sehingga mempengaruhi kemampuan negosiasi, berikut kutipan hasil wawancara:

"...kita sadar bahwa kualitas data kita masih amburadul, sehingga ketika negosiasi ke Bappeda yang kita negosiasi bukan kebutuhan tapi keinginan, sehingga Bappeda tidak menerima usulan kita..." (R4)

"...usulan anggaran dinkes selama ini tidak didukung oleh data, maka ketika kita tanya dan jawabannya berbelit-belit, ada dasar kita untuk melakukan pemotongan anggaran..." (R1)

Hasil DKT kelompok Kasubdin yang menyatakan bahwa perencanaan anggaran dinkes belum didasarkan pada data yang valid, sehingga kecenderungan pengalokasian anggaran hanya berdasarkan keinginan *programmer* bukan kebutuhan dinkes atau puskesmas, berikut kutipan hasil DKT:

"...Untuk mengusulkan anggaran program malaria, kita tidak punya cukup data tentang berapa besarnya angka malaria indeks, berapa luas wilayah yang diserang, sehingga ketika di tanya kita tidak mampu menjawab..." (R10)

Hasil DKT di atas menunjukkan bahwa walaupun dinkes sudah menggunakan sumber data dalam melakukan perencanaan dan argumentasi anggaran, tetapi kualitas data yang dimiliki masih sangat kurang. Hal ini dimungkinkan karena belum adanya tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk mengolah data dengan baik, serta pengolahan data di tingkat puskesmas masih dilakukan secara manual tradisional.

Sumber data yang dipergunakan dinkes dalam penyusunan anggaran berasal dari laporan puskesmas. Hasil wawancara menunjukkan data yang diperoleh puskesmas belum menggambarkan permasalahan riil di puskesmas, berikut kutipan wawancara tersebut:

"... tidak ada orang yang ditugaskan khusus mengumpulkan data itu, ya hanya tugas sambilan saja, sehingga kualitasnya pun masih perlu dipertanyakan..." (R6)

Hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa kegiatan pengumpulan dan pengolahan data di puskesmas belum dilakukan secara optimal, karena belum ada tenaga yang memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan kegiatan pendataan dan pengolahan data. Selain itu, proses pengolahan data masih dilakukan secara manual tradisional.

Hasil *chross-check* terhadap sumber data yang dimiliki subdin dan puskesmas menunjukkan bahwa kualitas dan kuantitas sumber data yang dimiliki masih sangat rendah. Proses pengumpulan, pengolahan dan analisis data di masing-masing Subdin dan puskesmas tidak dilakukan secara profesional, sehingga banyak sumber data yang tidak sesuai dengan kondisi riil puskesmas dan dinkes. Untuk mendukung suksesnya kegiatan pembiayaan kesehatan di era desentralisasi, maka perlu dikembangkan sistem data untuk perencanaan dan alokasi anggaran.¹² Data ini dibutuhkan oleh teknik alokasi anggaran yang menggunakan formula. Tanpa dukungan data yang baik, maka kecenderungan alokasi anggaran akan berdasarkan negosiasi dan pengaruh politik. Tanpa adanya data, maka sangat sulit untuk meyakinkan eksekutif maupun legislatif tentang perlunya alokasi anggaran kesehatan.¹¹ Dengan demikian, alokasi anggaran kesehatan haruslah berbasis pada data kesehatan wilayah. Pentingnya data sebagai bahan perencanaan juga belum dioptimalkan. Hasil penelitian Tas'au¹³, terdapat perbedaan dimensi tingkat kualitas data antara puskesmas yang menggunakan sistem database dibandingkan dengan puskesmas yang menggunakan sistem manual tradisional.

Selain rendahnya kualitas sumber data, Dinkes Kabupaten Muna juga tidak memiliki sarana komputer yang digunakan khusus untuk kegiatan perencanaan. Hasil wawancara dan DKT menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan setiap Subdin hanya memiliki satu buah komputer yang dipergunakan untuk semua kegiatan rutin dan perencanaan di setiap Subdin. Hal ini cenderung untuk mempengaruhi efektivitas dan efisiensi perencanaan yang dilakukan oleh setiap Subdin, utamanya Subdin Bina Program. Usulan penambahan dan pengadaan sarana tersebut sudah dilakukan tetapi belum mendapat tanggapan dari Bappeda. Berikut kutipan hasil wawancara tentang hal tersebut:

"... sarana komputer untuk perencanaan tidak ada... kami kewalahan dengan kondisi seperti ini, kami sudah usulkan tapi tidak direalisasikan..." (R18)

Hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Puskesmas, menunjukkan bahwa puskesmas tidak memiliki sarana komputer yang dipergunakan untuk mendukung seluruh kegiatan, termasuk kegiatan perencanaan. Hal ini memungkinkan proses pengumpulan dan analisa data hanya dilakukan secara manual tradisional, sehingga ada kecenderungan untuk mempengaruhi kualitas dan kuantitas data puskesmas. Hasil *chross-check* terhadap ketersediaan sarana komputer di dinkes dan puskesmas menunjukkan bahwa tidak ada sarana komputer yang dipergunakan khusus untuk kegiatan perencanaan. Masing-masing Subdin di Dinkes Kabupaten Muna hanya memiliki satu buah komputer yang dipergunakan untuk mendukung semua kegiatan, sedangkan puskesmas tidak memiliki sarana komputer. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Trisnantoro¹⁴, bahwa perancangan sistem dapat dikembangkan dengan berbasis pada komputer karena memiliki beberapa keunggulan. Keunggulan tersebut diantaranya sistem ini dapat mengakses data dalam jumlah besar dengan waktu yang singkat, serta hasil informasi yang diperoleh lebih akurat, tepat waktu, dan lengkap.

Struktur dan kelembagaan merupakan infrastruktur yang mendasari konsep dan strategi. Hasil wawancara dan DKT menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan struktur dan kelembagaan Dinkes Kabupaten Muna sudah cukup baik, hanya perlu dilakukan optimalisasi tugas dan fungsi Subdin Bina Program. Proses perencanaan dan pengalokasian anggaran selama ini dilakukan secara bersama-sama antara Subdin Bina Program dan Bagian Tata Usaha (TU). Tidak semua responden

menyatakan demikian, dua orang responden menyatakan bahwa perlu adanya satu bagian atau unit di dinkes yang secara khusus menangani proses perencanaan. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada Subdin atau unit perencanaan dalam struktur organisasi Dinkes Kabupaten Muna. Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa dinkes belum melaksanakan PP No. 8/2003 karena belum diizinkan oleh Pemda.

Hasil *cross-check* terhadap dokumen struktur dan kelembagaan Dinkes Kabupaten Muna menunjukkan bahwa struktur organisasi Dinkes Kabupaten Muna berdasarkan Perda No. 20/2000 menggunakan pola maksimal yang terdiri dari Kadinkes; 4 Subdin, yaitu Subdin Upaya Kesehatan, Subdin Promosi dan PLP, Subdin Bina Program, Subdin Farmakmin, Subdin P2M; dan 1 Kabag TU. Masing-masing Subdin membawahi 4 Seksi. Menurut Kuntjoro¹¹ dan Widodo,dkk.¹⁵, perubahan struktur sistem kesehatan menurut PP No. 8/2003, dinkes diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan regulator dan diharapkan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Struktur yang terdesentralisasi dapat menciptakan birokrasi yang profesional. Di dalam teori dinamika evaluasi perencanaan yang efektif, terdapat acuan untuk mengukur kapasitas kelembagaan dalam perencanaan kesehatan. Kapasitas tersebut meliputi kapasitas internal berupa pengenalan seperangkat tahap sistematis dalam proses perencanaan dan kapasitas eksternal yang menggambarkan kemampuan suatu lembaga dalam melaksanakan tahapan untuk mewujudkan rencana kerja prioritas menjadi kegiatan nyata.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa pemda belum dapat mengalokasikan anggaran sebesar 15% APBD karena ada prioritas pembangunan daerah yang lebih penting. Hal ini bertentangan dengan Kepala Dinkes yang mengatakan bahwa tidak dialokasikannya anggaran kesehatan sebesar 15% APBD karena belum ada undang-undang yang mewajibkan Pemda untuk mengalokasikan anggaran tersebut. Berikut kutipan salah satu hasil wawancara.

"Sangat sulit untuk meminta Pemda agar mau merealisasikan anggaran kesehatan sebesar 15% APBD...itu kan baru komitmen para Bupati, seharusnya kan seperti Diknas ada undang-undang..." (R4)

Hasil wawancara dengan Anggota Legislatif menunjukkan bahwa Legislatif Kabupaten Muna mendukung pembangunan kesehatan dan peningkatan alokasi anggaran kesehatan. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu adanya komunikasi yang intensif antara Dinkes dan DPRD. Hal ini bertujuan agar DPRD lebih memahami program kesehatan.

Berikut kutipan hasil wawancara tentang hal tersebut:

"... kami siap mendukung, asal komunikasi antara kesehatan dengan legislatif harus lebih ditingkatkan agar kita memahami program kesehatan..." (R2)

"... saya melihat anggaran kesehatan sangat minim jika dibandingkan sebelum otonomi... DPRD baru, siap memperjuangkan peningkatan anggaran kesehatan pada APBD tahun 2006 jangkakan 15% APBD, 20% APBD pun layak untuk kesehatan..." (R3)

Hasil DKT menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan komitmen Pemda terhadap pembangunan kesehatan sudah cukup baik. Tidak dialokasikannya anggaran sesuai usulan, karena adanya kecenderungan Pemda untuk lebih memprioritaskan pembangunan fisik. Tidak semua responden berpendapat demikian, dua orang responden menyatakan bahwa tidak ada komitmen Pemda untuk pembangunan kesehatan di Kabupaten Muna. Hal ini dimungkinkan karena banyaknya usulan anggaran dinkes yang tidak disetujui oleh Bappeda.

Hasil *chross-check* data dokumen komitmen anggaran Pemda Kabupaten Muna menunjukkan bahwa prioritas pembangunan masih berorientasi pada pembangunan sarana dan prasarana fisik (investasi). Hal ini dimungkinkan karena selama era desentralisasi alokasi anggaran dinkes menempati peringkat ketiga setelah Dinas Kimpraswil dan Dinas Diknas. Alokasi anggaran untuk Dinkes di Kabupaten Muna pada era desentralisasi hanya berkisar 2% – 3% APBD, masih sangat kecil jika dibandingkan dengan alokasi anggaran untuk Dinas Kimpraswil sebesar 12% - 31% APBD dan Dinas Diknas 5% - 10% APBD. Pemerintah daerah lebih banyak mengalokasikan anggaran untuk kegiatan investasi dibandingkan dengan kegiatan pelayanan langsung kesehatan masyarakat, dan adanya kekhawatiran akan alokasi dana yang tidak mencukupi. Sehubungan dengan hal tersebut, dalam rangka mengantisipasi perubahan anggaran pembiayaan kesehatan pada era desentralisasi, DPRD harus mampu mengetahui perhitungan dalam anggaran dan mendukung pelaksanaan anggaran kesehatan yang tertuang dalam APBD.^{9,10}

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa alokasi anggaran yang diperoleh dinkes pada era desentralisasi tidak sesuai dengan usulan anggaran, sehingga belum dapat mencukupi kebutuhan program. Hasil wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas juga menunjukkan bahwa ada beberapa kegiatan dan program puskesmas yang tidak dapat

dilaksanakan karena keterbatasan anggaran. Hal ini dimungkinkan karena kebijakan pembangunan Pemda Kabupaten Muna yang lebih memprioritaskan kegiatan investasi, serta masih rendahnya pengetahuan dan kemampuan SDM perencana dinkes dalam melakukan kegiatan pengalokasian anggaran.

Hasil DKT kelompok Kasubdin menunjukkan bahwa masih banyak program dan kegiatan-kegiatan di dinkes yang tidak terbiayai karena rendahnya alokasi anggaran. Hal ini dimungkinkan karena ketidakmampuan SDM dalam menyusun perencanaan dengan baik dan ketidakmampuan dalam meyakinkan eksekutif tentang pentingnya program-program kesehatan yang tidak disetujui tersebut.

Hasil *chross-check* terhadap dokumen usulan anggaran (DUP dan RASK) dan dokumen yang telah disahkan (DIP dan DASK) menunjukkan bahwa masih banyak usulan anggaran dinkes yang tidak diakomodasi, sehingga realisasi anggaran hanya berkisar antara 47% - 55% dari usulan anggaran. Hal ini menunjukkan bahwa alokasi anggaran yang diperoleh belum dapat mencukupi kebutuhannya dinkes. Berbagai upaya telah dilakukan depkes untuk memperbaiki dan meningkatkan alokasi dana kesehatan.^{2,3} Salah satu upaya adalah mengadakan pertemuan Bupati atau Walikota se-Indonesia tahun 2000 dengan hasil kesepakatan bahwa porsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sehingga sesuai dengan kebutuhan berdasarkan standar Badan Kesehatan Dunia (WHO), yaitu minimal 5% dari PDRB atau setara dengan minimal 15% APBD. Namun dalam realisasinya kesepakatan tersebut masih merupakan wacana yaitu bahwa persentase anggaran kesehatan dibanyak daerah di Indonesia tidak banyak bergeser dari kondisi sebelum desentralisasi yaitu berkisar antara 2,5% sampai dengan 4% dan maksimal 7%.¹⁰ Kesiapan organisasi dinilai dari faktor kepemimpinan, adanya strategi dan rencana perubahan, termasuk di dalamnya kemampuan organisasi untuk mengenal kebutuhan dan hambatan perubahan, komunikasi dan keterbukaan, dan ketersediaan sumber daya dan struktur yang mendukung perubahan.¹⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dinas Kesehatan Kabupaten Muna tidak dapat mengalokasikan anggaran sesuai kebutuhannya karena SDM perencana dinkes belum memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melaksanakan kegiatan penyusunan anggaran, advokasi, dan lobi untuk meningkatkan alokasi

anggaran kesehatan. Kegiatan perencanaan dan penganggaran belum optimal dilakukan karena Jumlah dana yang dialokasikan untuk kegiatan pengalokasian tidak mencukupi. Kualitas dan kuantitas sumber data yang dipergunakan untuk kegiatan penyusunan anggaran masih sangat kurang, serta tidak ada sarana komputer yang digunakan khusus untuk kegiatan penyusunan anggaran. Struktur dan kelembagaan dinkes belum dapat mengakomodasi kegiatan pengalokasian anggaran. Komitmen politik Pemda terhadap peningkatan alokasi anggaran kesehatan masih sangat rendah.

Saran

Untuk itu, maka dinkes perlu meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM perencana, agar memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk melakukan penyusunan anggaran, advokasi dan lobi, dengan cara melakukan pendidikan atau pelatihan perencanaan, khususnya bagi SDM perencana dinkes. Memperjuangkan agar anggaran untuk kegiatan perencanaan, advokasi dan lobi dapat dialokasikan dalam APBD. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM pengelola data, baik di dinas maupun puskesmas dengan cara melakukan pelatihan atau pendidikan tenaga pengelola data, serta pengadaan sarana komputer khusus untuk kegiatan perencanaan, serta melakukan restrukturisasi pada struktur dan kelembagaan dinkes agar dapat mengakomodir kegiatan pengalokasian anggaran dan disesuaikan dengan eselonisasi tim anggaran eksekutif.

Bagi pemda perlu membuat kebijakan anggaran pembangunan Pemda Kabupaten Muna agar lebih memprioritaskan sektor kesehatan, sehingga besarnya alokasi anggaran kesehatan dapat mencukupi kebutuhan dinkes. Dapat menempatkan salah satu tenaga kesehatan di Bappeda agar dapat mengakomodir usulan anggaran kesehatan.

Selain itu, DPRD sangat perlu meningkatkan fungsi pengawasan anggaran, khususnya pada pembahasan APBD, sehingga alokasi anggaran dapat mencukupi kebutuhan dinkes. mengawasi agar kebijakan desentralisasi tidak menyebabkan sektor kesehatan terabaikan, dengan menjamin alokasi anggaran yang cukup untuk sektor kesehatan sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan bagi pelayanan kesehatan.

KEPUSTAKAAN

1. Akhirani dan Trisnantoro, L. Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah Melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004; 07(01):19-26.

2. Batjun, I., Kusnanto, H., Nugroho, E. Evaluasi Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian di Lingkungan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2000; 03(03):31-38.
3. Brotowasisto. Pembiayaan kesehatan dan Permasalahannya di Indonesia. Pusat Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2000.
4. Budiarto, W. Kontribusi Anggaran Pemerintah Dalam Pembiayaan Program Kesehatan Pada Era Otonomi Daerah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003;06(04):215-25.
5. Budiarto, W. Studi Tentang Pembiayaan Kesehatan oleh Pemerintah Sebelum dan Selama Otonomi Daerah di Propinsi Kalimantan Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003;06(02):97-109.
6. Author. Dinas Kesehatan Kabupaten Muna. (2003). Profil Kesehatan Kabupaten Muna. Raha. Sulawesi Tenggara. 2003.
7. Author. Departemen Kesehatan RI. Peran Pemerintah Daerah Dalam Pembangunan Kesehatan. Kesepakatan Pertemuan Nasional Bupati dan Walikota Se-Indonesia dalam Rangka Desentralisasi di Bidang Kesehatan. Jakarta. 2000.
8. Gani, A. Alternatif Pembiayaan Kesehatan Dalam Era Otonomi Daerah, Makalah dipresentasikan pada Seminar Nasional Kebijakan Pembiayaan Pembangunan Sektor Kesehatan di Tingkat Kabupaten/Kota dalam Era Otonomi Daerah, Kampus UI Depok. Jakarta. 2001.
9. Gomes, F. Manajemen Sumber Daya Manusia. Andi Offset. Yogyakarta. 2002.
10. Hendartini, J. dan Mukti, A.G. Perubahan dalam Pembiayaan Kesehatan: Desentralisasi dan Jaminan Sosial Kesehatan. Makalah Dipresentasikan pada Seminar Nasional 3 Tahun Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM. Yogyakarta. 2004.
11. Kuntjoro, T. Pertimbangan Kebutuhan Bisnis Dan Kesiapan Organisasi Untuk Berubah Sebagai dasar Pengambilan Keputusan Re-Engineering Sebagai Strategi Peningkatan Mutu. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004;07(02):55-68.
12. Santoso, A., dan Trisnantoro, L. Analisis Perencanaan Kesehatan oleh Lembaga-Lembaga Perencanaan Kesehatan Daerah (BAPPEDA Tingkat II dan Dinas Kesehatan Tingkat II) di Daerah Tingkat II Propinsi daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2000;03(04):102-12.
13. Tas'au, F., Kusnanto, H., Kristiani. Pengaruh Pengembangan Database Terhadap Kualitas Data dan Informasi Kesehatan Maternal di Kabupaten Timor Tengah Utara Propinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;04(02):83-91.
14. Trisnantoro, L. Perubahan Sistem Kesehatan Wilayah Akibat Kebijakan Desentralisasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001; 04(02):93-100.
15. Widodo, R., Sanusi, R., dan Ramani, S. Hubungan Antara Peningkatan Pengetahuan Peramalan dan Komitmen Perencana dengan Mutu rencana rawat Inap Di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2002;05(04):179-85.
16. Widodo, R., Sanusi, R., dan Ramani, S. Peraturan Perundang-Undangan. Pedoman Organisasi Perangkat Daerah. Fokusmedia. Jakarta. 2003.